

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 38

DE LA COEXISTENCE
DES
ACCIDENTS SYPHILITQUES
DU TYPE SECONDAIRE ET DU TYPE TERTIAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 décembre 1930

PAR

Charles-Marie-Valentin MARTIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NIMES (Gard), le 15 août 1905.

Examineurs de la Thèse	}	MM. PETGES, professeur	Président
		CRUCHET, professeur	Juges.
		DAMADE, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0105

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 38

DE LA COEXISTENCE
DES
ACCIDENTS SYPHILITQUES
DU TYPE SECONDAIRE ET DU TYPE TERTIAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 décembre 1930

PAR

Charles-Marie-Valentin MARTIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NIMES (Gard), le 15 août 1905.

	MM. PETGES, professeur.....	<i>Président</i>
Examineurs de la Thèse	CRUCHET, professeur.....	} <i>Juges.</i>
	DAMADE, agrégé.....	
	JOULIA, agrégé... ..	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PERE

Sa vie toute de travail et d'abnégation sera pour moi le meilleur exemple.

A MA MERE

Pour toute la tendresse dont elle m'a entouré.

A MES TANTES

Bien faible témoignage de ma profonde affection et de ma gratitude.

A MON ONCLE
MONSIEUR HENRI DEBROAS

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A PAUL CASTELBOU

ET

A HENRY BAYLE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Ancien Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail
et nous a aidé dans son exécution. Nous
avons été tout particulièrement touché
du bienveillant accueil dont il nous a
toujours honoré et nous l'assurons de
notre vive reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAITRE,

Nous vous remercions respectueusement du grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre thèse.

Vous avez guidé nos premiers pas en dermatologie et en syphiligraphie. Nous vous en témoignons toute notre reconnaissance et nous n'oublierons jamais les années pendant lesquelles nous avons suivi votre enseignement, si clair et si pratique.

DE LA COEXISTENCE
DES
ACCIDENTS SYPHILITQUES
DU TYPE SECONDAIRE ET DU TYPE TERTIAIRE

CHAPITRE PREMIER
CONSIDERATIONS GENERALES

« La syphilis est, de toutes les affections du cadre nosologique, la plus régulière et la plus méthodique dans son développement. Rien dans son empire n'est livré au hasard; elle ne connaît pas l'anarchie. Elle a ses formes de début comme elle a ses symptômes éloignés. Elle prend pour chacun de ses âges une physionomie particulière. »

Ainsi Ricord formulait ce que nous pouvons appeler les lois de la syphilis. Et plus loin il ajoutait :

« La syphilis, dans le plus grand nombre des cas, parcourt son orbite avec la régularité que mettent les mondes à fournir leur carrière. Chaque accident, chaque phase, chaque groupe, a son époque et son heure fixées d'avance, presque

invariables. Telle manifestation paraît aujourd'hui, je suppose, mais il faut encore plusieurs mois, plusieurs années peut-être, pour que telle autre se produise. Et ainsi pour l'évolution de toute la syphilis. »

Cette évolution se déroule en trois périodes nettement tranchées, indépendantes les unes des autres. Nous connaissons les étapes de la syphilis, nous prévoyons ses échéances : après le chancre, lésion initiale, vont apparaître les accidents secondaires, puis tertiaires.

Tel accident caractéristique de la période secondaire ne se retrouve pas dans la période tertiaire, et telle manifestation de cette dernière ne se constate habituellement pas au cours de celle qui l'a précédée.

Mais ces règles si absolues souffrent des exceptions. Et s'il est prouvé que la période primaire de l'infection syphilitique est définie par le chancre induré, et presque uniquement par lui, il est non moins certain que des accidents tertiaires peuvent avancer dans l'ordre chronologique et faire leur apparition à la période marquée par Ricord comme secondaire. Bien mieux, n'est-il pas arrivé de voir coexister des lésions secondaires avec un chancre induré? Quoique cela ne soit pas très fréquent, il nous souvient d'avoir observé des cas où un malade, chez lequel on diagnostiquait un chancre induré en pleine évolution, nous montrait en même temps une roséole secondaire bien caractérisée.

Et alors nous avons affaire aux syphilis graves, précoces, galopantes, comme Ricord les appelle lui-même, car, malgré son absolutisme, il avait reconnu que ses lois pouvaient être violées.

Il disait : « Je ne connais d'exceptions à cette règle (succession de périodes) que quelques cas fort rares de ces véroles dites galopantes, où des accidents de toute nature et de toute forme, mais toujours des plus graves, éclatent peu de temps après le chancre, et se succèdent avec cette incroyable rapidité, cette formidable influence, qui rappelle les néfastes récits du xvi^e siècle. »

Si Ricord dit ne connaître comme exception à la règle des trois périodes que les syphilis précoces et pressées d'aboutir, nous savons maintenant que les accidents secondaires peuvent se rencontrer, alors que leur temps serait normalement révolu, et donner à la période tertiaire l'apparence de la précédente. Ces accidents peuvent également se constater après l'apparition de manifestations tertiaires.

Si nous voulons illustrer d'exemples ce que nous avançons, nous pouvons prendre comme type les accidents, plus fréquents chaque jour, d'arséno-résistance. Souvent, à propos de ces malades, nous constatons, en pleine période secondaire, des accidents à type tertiaire. Ici les deux dernières périodes de la syphilis empiètent l'une sur l'autre et réalisent des manifestations de l'ordre dit « accidents secundo-tertiaires ».

Malgré tout, il est des cas plus rares encore, plus anarchiques si nous osons nous exprimer ainsi. Ce sont ceux où, sur le même malade, à la même époque, côte à côte pour ainsi dire, on observe des accidents secondaires typiques et des accidents tertiaires non moins typiques.

Sommes-nous près de la contagion, en pleine période marquée par Ricord comme secondaire? Nous pouvons avoir affaire alors à un cas de tertiarisme précoce et avoir coexistence des deux lésions. Sommes-nous au contraire dans le cadre de la période tertiaire? Nous pouvons avoir affaire à un cas de syphilis secondaire tardive, et notre coexistence peut avoir lieu.

Nous avons observé ce cas, pour la première fois, au cours de nos études médicales, au Dispensaire de prophylaxie anti-vénérienne, à la consultation de M. le Professeur agrégé Joulia, en septembre 1929. Cela piqua vivement notre curiosité, et nous avons accepté avec plaisir la proposition de M. le Professeur agrégé Joulia d'étudier cette question et de faire de cette étude le sujet de notre thèse inaugurale. Nous avons fait des recherches, et il nous a semblé, en effet, que les observations de cet ordre, très rares, il est vrai, étaient éparses dans la littérature médicale, et que ce serait peut-être faire œuvre utile

que de les rechercher, d'en faire un choix, de les classer et de les publier ensemble. A ces observations, nous avons la bonne fortune de pouvoir en ajouter deux inédites, celle dont nous parlions plus haut, et une deuxième recueillie à la clinique dermatologique, dans le service de M. le Professeur Petges. En cela surtout, pensons-nous, réside l'intérêt de notre travail.

Après un historique de la question, nous passerons à son étude clinique. Nous essaierons ensuite de condenser et d'analyser les idées des différents auteurs qui s'en sont occupés au point de vue de la pathogénie. Enfin nous consacrerons quelques pages au pronostic, au diagnostic et au traitement.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Au cours de nos recherches bibliographiques, l'observation de coexistence entre les accidents syphilitiques secondaires et tertiaires la plus éloignée à laquelle nous ayons pu remonter est celle de Foncart, publiée dans le n° 30 de la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1845.

Nous en trouvons par la suite recueillies par Demarquay (*Gazette des hôpitaux*, 1857), Heyfelder (*Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, 1858), Mandelbaum (*Vierteljahrschrift für Dermat. und. Syphil.*, 1872), Mauriac (Paris, Delahaye, 1873), Guibont (*Union médicale*, 1875), Krowczynski (*Vierteljahrschrift für Dermat. und Syphil.*, 1880).

Tous ces auteurs se contentent de signaler, sans commentaire, des cas de coexistence.

Finger, en 1882, dans la *Wiener Medizinische Wochenschrift*, est un peu plus explicite. Il signale la coïncidence des accidents secondaires et tertiaires de la syphilis. Il s'attache à montrer que la division de la marche de la maladie en trois périodes, telle que l'avait établie Ricord, n'a plus la rigueur mathématique que lui avaient attribuée la plupart des syphiligraphes. Et, à l'appui de cette affirmation, il cite :

1° Des cas de réinfection chez d'anciens syphilitiques encore atteints d'accidents tertiaires;

2° Des cas de syphilis maligne galopante où la période latente qui sépare^{*} habituellement les manifestations secondaires et tertiaires est supprimée, si bien que, dès la période secondaire,

les malades sont atteints de syphilides tuberculo-ulcéreuses, lésions propres à la période tertiaire;

3° Les accidents tertiaires peuvent empiéter sur la période secondaire sans que, pour cela, la maladie doive être considérée comme maligne. Les accidents sont alors rapidement améliorés par le traitement;

4° Enfin des accidents tertiaires peuvent être suivis d'accidents secondaires : périostites douloureuses se manifestant au commencement de la période secondaire; syphilides psoriasiformes de la paume des mains et de la plante des pieds survenues en même temps qu'une gomme ulcérée de l'aile du nez chez un syphilitique de deux ans.

Finger nous montre donc la possibilité de coexistence d'accidents secondaires et tertiaires; selon lui, des manifestations secondaires peuvent même suivre des accidents tertiaires. Des observations plus récentes ont d'ailleurs démontré la parfaite justesse de cette assertion.

Finger nous fait comprendre la marche parfois si capricieuse de la syphilis. Remarquons, d'autre part, que cet auteur, parmi les caractères qu'il indique ailleurs comme base de la division de la syphilis en périodes, en néglige un complètement, et qui a bien son importance : c'est la distribution des lésions, leur généralisation et leur dissémination, attribut de la période secondaire, leur localisation en un ou plusieurs points limités, attribut de la période tertiaire.

Après lui, nous relevons les noms de certains auteurs qui ont publié des observations, mais eux aussi sans les commenter, se bornant à dire que cela venait battre en brèche les règles de la syphilis édictées par Ricord.

Nous trouvons :

En 1901, une observation de MM. Gaucher et Lacapère, à propos d'une gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis.

En 1902, une observation de MM. Fournier et Crouzon, à propos d'arthropathies au cours d'une syphilis secondaire.

En 1903, une observation de MM. Emery et Druelle, à propos

de laquelle ces auteurs disent : « Fait intéressant à relever, ces lésions de modalité secondaire (plaques muqueuses) évoluaient concurremment à des accidents de type tertiaire nettement caractérisés : syphilides gommeuses du cuir chevelu chez un malade, gomme de la jambe et glossite scléreuse chez l'autre. »

» Cela prouve bien que la division de la syphilis en plusieurs périodes, nécessitée par les besoins de son étude, est tout artificielle, puisqu'elle peut se présenter simultanément sous des types morbides appartenant à ses diverses phases. »

En 1904, nous relevons une observation de M. Golesceano.

En 1922, le Docteur Mestchersky, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, publie un cas de coexistence de plaques muqueuses et de paralysie générale. Cet auteur cite les observations de MM. Sérieux et Farnarier (*Revue de médecine*, 1900) où il s'agissait de syphilides papulo-squameuses disséminées développées dix ans après la contagion; de M. Sevrigny (*Annales médico-psychologiques*, 1900), qui avait constaté l'existence de papules multiples sur la muqueuse buccale survenues au bout de quatre ans après la contagion; dans l'observation de MM. Dufour et Brelet (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905), nous trouvons des syphilides papuleuses des avant-bras chez un paralytique général qui avait contracté la syphilis trois ans auparavant; dans le premier cas de M. Séglas (*Normandie médicale*, 1907), on voit des syphilides papuleuses survenues au bout de six ans après la contagion, tandis que, dans le deuxième cas du même auteur, ainsi que dans l'observation de MM. Gaucher et Babonneix (*Annales des maladies vénériennes*, 1905), et dans le cas de MM. Spilmann et Perrin (*Revue médicale de l'Est*, 1906), on constate des syphilides psoriasiformes palmaires développées à des termes différents depuis dix jusqu'à vingt ans après le commencement de la syphilis et occupant parmi les autres phénomènes morbides une place à part et hors du calendrier syphilitique, selon une juste expression de Fournier.

Enfin, en 1927, nous relevons une observation de MM. François-Dainville et Lançon, où une syphilis secondaire coïncide avec un tabes.

Parmi les travaux d'ensemble qui, tout en n'ayant pas absolument trait à la question, nous ont cependant donné quelques indications, nous relevons ceux de MM. Grorichard (Thèse de Paris, 1899), Bousquet (Thèse de Montpellier, 1903), Gibault (Thèse de Nancy, 1910), Francfort (Thèse de Nancy, 1921).

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Avant de passer à l'étude clinique des formes que prennent les syphilis secondaire et tertiaire lorsqu'elles coexistent, il nous paraît utile, pour fixer les idées, pour bien situer les lésions que nous voulons étudier, de rappeler ici ce que sont les accidents secundo-tertiaires. Ces accidents sont connus depuis longtemps, avant même l'introduction des arsénobenzènes dans l'arsenal thérapeutique. Cependant on les voit peut-être plus fréquemment de nos jours, avec les cas d'arsénorésistance, car il semble que chez ces malades l'arsenic active la maladie et la syphilis brûle les étapes.

Parmi ceux-ci nous trouvons :

1° *Les syphilides papulo-ulcéreuses, ulcéro-croûteuses ou ulcéreuses superficielles.* — Ce sont des lésions secondaires tardives, se rapprochant du type tertiaire par leur tendance ulcéreuse, destructive. Au-dessous de la croûte qui recouvre la lésion se trouve une ulcération en général peu profonde.

2° *Les syphilides pustulo-ulcéreuses*, qui peuvent être précoces, simples, et relativement bénignes, ou bien tardives, plus graves, à évolution destructive plus accusée. Ces dernières surviennent à la fin de la période secondaire; elles sont destructives comme des lésions tertiaires, d'où le nom d'*accidents secundo-tertiaires* sous lequel on les désigne souvent. Parfois

recouvertes de croûtes noirâtres, épaisses, ostréacées, elles reçoivent le nom de *syphilides rupeïdes*.

Il est aussi une forme de syphilis qui se rapproche plus encore de ce qui nous intéresse, c'est la forme désignée sous le nom de *syphilis maligne précoce*.

La syphilis maligne précoce ou galopante se caractérise par l'apparition d'accidents à forme ulcéreuse et destructive peu de temps après le chancre, dès le début de la période secondaire, après une incubation secondaire souvent très courte. La fièvre, l'amaigrissement, l'asthénie, la pâleur, l'anémie, la cachexie même, ne sont pas rares dans ces cas. Quelquefois, les manifestations pustulo-ulcéreuses remplacent ou précèdent la roséole. Elles peuvent également s'associer à elle. D'autres fois, la malignité s'accuse par l'apparition très précoce, dès l'époque habituelle de la roséole ou peu après, dans le cours des premiers mois, de lésions à type tertiaire, multiples et envahissantes : gommes de la peau et des muqueuses, gommes de la langue, de la voûte palatine et du voile, gomme du pharynx, du nez, des muscles, gommes viscérales diverses. Les accidents se répètent sans cesse, pendant des mois et même des années, résistent parfois au traitement, quelque énergique qu'il soit, et laissent à leur suite, s'ils n'entraînent pas une issue fatale, des cicatrices profondes et des mutilations indélébiles.

Nous ne nous étendrons pas sur la description des lésions relevées sur les malades dont nous publions les observations. En effet nous nous sommes attaché à choisir seulement les cas où des accidents secondaires typiques coexistaient avec des accidents tertiaires non moins typiques. Il serait donc superflu de les décrire.

Nos premières observations ont trait à des malades présentant des accidents secundo-tertiaires. Ensuite nous avons placé les cas où les accidents secondaires et tertiaires sont tous deux cutanés, puis ceux où nous trouvons des accidents secondaires et des gommes. Enfin ceux où les lésions secondaires coïncident avec des lésions viscérales.

I. — Accidents secondo-tertiaires.

OBSERVATION I (Inédite).

(Dispensaire de prophylaxie.

Consultation du docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

*Accidents secondaires et secondo-tertiaires deux mois et demi après
le chancre.*

A... (Amédée), âgé de 36 ans, garçon de café, se présente à la consultation du dispensaire de prophylaxie le 4 juin 1930.

Ce malade a été hospitalisé pendant tout le mois de mai pour accident primaire du gland et du reflet préputial.

Le 1^{er} mai 1930, la réaction de Bordet-Wassermann a été positive.

Il a reçu une injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol très mal tolérée, et ensuite on commença une série de sulfarsénol sous-cutanée (0,13-0,18-0,24-0,30-0,36-0,42). Toutes ces injections ont été assez mal tolérées surtout la dernière. On fait ensuite deux injections d'arsaminol, une de 2 cc. et une de 3 cc.

Le 28 juin 1930, le malade se plaint de douleurs très vives au niveau du tibia gauche. On ne voit cependant pas de périostite. On le met au sirop mixte.

Le 5 juillet 1930, le malade revient. Les douleurs paraissent avoir diminué. Il continuera le sirop mixte.

Le 15 juillet 1930, à la consultation de M. le Professeur agrégé Joulia on constate des plaques muqueuses des fosses nasales et des *syphilides palmaires à type secondo-tertiaire*. Le malade dit avoir remarqué ces accidents il y a six jours.

On le met alors au cyanure de mercure, 3 injections de chacune 0 g. 01, pendant trois jours. Il présente à ce moment-là une stomatite importante. Le malade ne revient que le 30 août 1930. On prescrit des pilules d'hectargyre parce qu'il ne peut suivre un traitement régulier.

Le malade n'est plus revenu depuis.

OBSERVATION II (Inédite).
(Dispensaire de prophylaxie.
Consultation du Docteur LECOULANT.)

*Accidents secondaires et second-tertiaires survenus six mois après
le chancre.*

D... (Marcel), âgé de 20 ans, garçon de restaurant, vient à la consultation du dispensaire de prophylaxie le 4 mars 1929.

On porte le diagnostic de gale et de chancres indurés multiples du fourreau et du reflet balano-préputial, probablement inoculés sur les lésions de gale. Présence de tréponèmes à l'ultra microscope. Polyadénopathie inguinale droite. Ganglions épitrochléens des deux côtés. La réaction de Hecht est négative.

Une série de novarsénobenzol est commencée, mais le malade ne vient pas régulièrement. A la dose de 0 gr. 60, malgré une injection d'adrénaline, le malade a des vomissements, des coliques légères avec épreintes et selles sanguinolentes pendant deux jours. L'accident primitif reparait au lieu et place.

Du 11 juin 1929 au 20 juin, il est fait 6 injections de cyanure de mercure à un centigramme et à partir du 20 juin une série complète de sulfarsénol de 0,06 à 0,72.

Le 8 octobre 1929, le malade vient à la consultation de M. le Professeur agrégé Joulia, présentant depuis un mois environ, survenues en plein traitement par le sulfarsénol des syphilides papuleuses qui couvrent le gland et le reflet préputial, ainsi que des syphilides circonscrites prenant l'aspect du tertiarisme au niveau de la région inguinale droite. A ce niveau, trois à quatre éléments circulaires, avec bordures surélevées, grand comme 1 à 2 francs.

Le 15 octobre 1929, on institue une série de cyanure de mercure, à la dose de 1 centigramme par jour, chaque jour jusqu'au 29 octobre. Le 29, on fait une demi-ampoule de Quimby soluble. Le 5 novembre nouvelle demi-ampoule.

Le 8 novembre 1929, le malade, qui a de la fièvre, un mauvais état général, entre à l'hôpital où il reçoit 2 injections de Quimby.

Le 19 novembre, il revient au dispensaire avec un état général meilleur et on lui fait 3 injections de 1 ampoule chaque de Quimby, à raison de 1 injection par semaine.

A ce moment-là il part à Limoges, où il est soigné par une injection hebdomadaire de Quimby jusqu'au 1^{er} avril.

Le 15 avril 1930, il reparaît au dispensaire; on lui fait une réaction de Bordet-Wassermann qui est positive.

Le 29 avril 1930, il reçoit une injection d'une demi-ampoule de Quimby soluble. Puis il embarque sur un paquebot et reçoit la fin de la série à bord.

Il revient au dispensaire le 31 octobre 1930, n'ayant pas reçu de traitement depuis un mois et demi, et présentant de la céphalée à type nocturne.

Il est fait 4 injections de cyanure de mercure à 1 centigramme par voie intraveineuse. Mais le traitement doit être interrompu en raison d'une stomatite et est continué par des injections d'arsaminol à la dose de 5 cc., deux fois par semaine.

OBSERVATION III (Inédite).

(Dispensaire de prophylaxie.

Consultation de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Accidents secundo-tertiaires survenus trois mois après le chancre.

Chancre redux.

B... (Octave), âgé de 24 ans, charpentier, vient à la consultation du dispensaire de prophylaxie, le 8 avril 1930.

Il présente deux accidents primitifs de petite dimension, arrondis, érosifs, siégeant l'un, sur le reflet préputial, l'autre, sur la région du frein, remarqués il y a cinq jours. Polyadénopathie inguinale caractéristique. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Traitement : Arsaminol, 2 injections par semaine à 5 cc., jusqu'au 20 juin 1930.

Le 29 avril, les chancres étaient cicatrisés et la réaction de Bordet-Wassermann négative.

Le 13 mai 1930, réaction de Bordet-Wassermann négative.

Le 8 juillet 1930, on remarque, ayant débuté, il y a quinze jours

environ aux dires du malade, un érythème circiné second-tertiaire diffus disséminé sur le tronc, les membres, la face. Eléments papulo-érosifs ulcéreux et croûteux sur les membres inférieurs, les épaules, Chancres redux de la région du frein. La réaction de Bordet-Wassermann est toujours négative. Cyanure de mercure, 1 centigramme par jour jusqu'au 12 juillet.

Le 13 juillet, les lésions sont en voie de régression et la réaction de Bordet-Wassermann est positive.

On fait une série de 15 injections de Quimby. Le traitement est assez irrégulier en raison de l'existence d'une légère albuminurie (0 gr. 11, le 14 octobre) et de l'indocilité du malade.

Le 18 novembre 1930, la réaction de Bordet-Wassermann et celle de Vernes sont négatives.

Voici trois observations d'accidents second-tertiaires. Nous remarquerons, pour en faire notre profit, que sur ces 3 cas, 2 sont nettement dus à des arséno-résistances (injections mal tolérées, coliques et épreintes, vomissements). De même sur ces 3 malades, 2, tout au moins, suivaient très irrégulièrement leur traitement. Ce sont là des faits que nous retrouverons dans notre pathogénie. Nous pouvons voir déjà combien la division de Ricord est conventionnelle. Nous avons ici des accidents à type tertiaire survenus en pleine période secondaire, très près de l'accident primitif (2 mois 1/2 dans l'observation I, 6 mois dans l'observation II, 3 mois dans l'observation III).

II. — Accidents secondaires et accidents tertiaires cutanés.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Dispensaire de prophylaxie.

Consultation de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

*Coexistence de plaques muqueuses de la lèvre inférieure
et de syphilides circinées tuberculo-ulcéreuses des cuisses.*

D... (Louis), 21 ans, chauffeur d'automobile, vient, le 24 septem-

bre 1929, à la consultation du dispensaire, pour des lésions de la face antérieure des cuisses, qui auraient apparû il y a un mois et demi à deux mois. Il s'agit de syphilis tertiaire tout à fait typique. A la cuisse droite, débordant sur la face externe, un peu au-dessus du genou, se trouve un grand placard, mesurant environ 15 centimètres de longueur et une dizaine de largeur, rouge violacé, cicatrisé au centre, limité du côté de la face externe par une bordure saillante ulcérée qui dessine 3 grands festons en arc de cercle. La lésion est nettement infiltrée. Elle subit un accroissement centrifuge assez rapide. A la cuisse gauche et de façon symétrique, est apparû, en même temps, un placard identique qui mesure environ 10 centimètres de diamètre, bordé par un ourlet saillant violacé, ulcéré, et qui dessine nettement la forme d'un fer à cheval.

L'examen complet du malade montre une polyadénopathie inguinale du type syphilitique. A notre grande surprise nous constatons, sur la lèvre inférieure, au niveau du contact de la lèvre et des dernières incisives et de la canine du côté gauche, une plaque muqueuse très caractéristique, de forme ovale, mesurant environ 2 centimètres de largeur et recouverte d'un enduit opalin. Cette lésion n'a été remarquée qu'il y a une huitaine de jours. Elle est peu sensible. Elle ne semble pas être expliquée par une brûlure ou l'excoriation de la muqueuse contre les dents, qui sont saines et ne présentent pas d'aspérité appréciable. La gorge est rouge. On ne relève pas de plaques muqueuses nettes.

Le malade dit qu'il y a sept mois il a observé sur le gland une petite plaie qui a cicatrisé rapidement sans aucun traitement. Il y a deux mois et demi, il a eu, de nouveau, sur le fourreau une lésion ulcérée qui a guéri en 3 semaines environ en laissant une large cicatrice un peu achromique, encore visible actuellement. Le traitement a consisté en applications d'une pommade à l'oxyde de zinc. D... ne peut préciser combien de jours après un rapport ces deux lésions de la verge sont apparues.

L'état général est bon dans l'ensemble, malgré un amaigrissement léger et récent. Le sujet n'accuse pas d'asthénie ni de céphalée.

Dans les antécédents ou à l'examen, on ne trouve aucun signe pouvant faire suspecter la syphilis héréditaire.

Réaction de Bordet-Wassermann positive.

Albumine : 0 gr. 02.

Poids : 54 kilos.

Du 24 septembre au 19 novembre 1929, le malade reçoit 10 injections de novarsénobenzol par voie intraveineuse, aux doses de 0 gr. 15 à 0 gr. 75; cette dose est répétée 5. fois.

Après la dose de 0 gr. 45, les diverses lésions de la lèvre et des cuisses étaient cicatrisées. L'état général devient meilleur. Les traces d'albumine ont disparu rapidement.

Le 10 décembre 1929, la réaction de Bordet-Wassermann demeure franchement positive (++++). La réaction de Vernes montre une densité optique égale à 19. Une seconde série de novarsénobenzol est faite jusqu'au 11 février 1930, dans les mêmes conditions que la première. La dose de 0 gr. 75 est cependant répétée 6 fois.

Le 11 mars 1930, la réaction de Bordet-Wassermann est encore franchement positive (++++), et, à la réaction de Vernes, la densité optique est égale à 15.

Du 11 mars au 1^{er} juillet 1930 le malade reçoit 16 injections intramusculaires de Quimby soluble à la dose de 5 cc., 1 fois par semaine.

Depuis D... a été incorporé et devait continuer à être traité dans un hôpital militaire.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre :

On note chez un sujet jeune (21 ans) l'existence simultanée de plaques muqueuses et de syphilis tertiaire cutanée caractéristique. Rien dans les antécédents ne peut faire présumer cliniquement d'une syphilis héréditaire qui permettrait d'expliquer l'apparition si précoce de lésions du type tertiaire. La syphilis acquise est, par contre, certaine en raison du caractère particulier de l'adénopathie inguinale et des deux accidents survenus à quelques mois d'intervalle dans la sphère génitale.

La première lésion date de cinq mois environ avant l'apparition des accidents tertiaires. Bien qu'éphémère, il semble qu'il faille voir là le début de la maladie, car la lésion ulcéreuse du fourreau qui a mis plus longtemps à cicatriser et

dont on retrouve encore la cicatrice, n'est apparue qu'un mois environ avant le début des placards de syphilis tertiaire. La période de latence est vraiment trop courte pour penser que ce second accident ait été le chancre.

Que pouvait être cette lésion du fourreau? Un diagnostic rétrospectif est bien difficile à porter.

Les examens de sang pratiqués sont également intéressants à comparer. Bien que cliniquement les lésions aient rapidement rétrocedé sous l'influence du traitement arsenical et que l'état général se soit amendé, les réactions sérologiques sont demeurées sensiblement ce qu'elles étaient au début. La réaction de Bordet-Wassermann demeure positive malgré deux séries de novarsénobenzol à doses élevées (3 g. 70 et 6 grammes respectivement pour chaque série). La réaction de flocculation de Vernes passe seulement de 19 à 15 après la deuxième série. Le malade se comporte comme un arsénorésistant au point de vue sérologique alors que le médicament a été remarquablement efficace au point de vue clinique. Les réactions humérales résistent chez lui comme chez certains syphilitiques anciens et insuffisamment traités dont les réactions de Bordet-Wassermann semblent parfois irréductibles. Si, ultérieurement, les examens de sang se révélaient tels, on pourrait suspecter deux choses : ou bien une imprégnation syphilitique beaucoup plus ancienne que l'examen clinique ne le laisse supposer, telle que la syphilis héréditaire, malgré les antécédents qui ne permettent pas d'affirmer actuellement une pareille hypothèse; ou bien une atteinte précoce et profonde de l'organisme. Concurrément à l'existence de réactions de Bordet-Wassermann « irréductibles » dans le sang, certains auteurs n'ont-ils pas récemment incriminé des lésions en activité du côté des centres nerveux? Ce fait devrait retenir particulièrement l'attention et engager à poursuivre le traitement de ce malade avec une activité particulière.

OBSERVATION V (*In extenso*).

(In thèse BOUSQUET, Montpellier, 1905.)

Homme de 52 ans présentant en même temps un accident primitif et des accidents secondaires, ayant fait au troisième mois de sa syphilis des accidents tertiaires cutanés.

L... (Eugène), âgée de 52 ans, père de famille, d'aspect débilité, présente sur la face interne de la lèvre supérieure, au voisinage de la commissure gauche, une plaque grisâtre de la largeur d'une pièce de 1 franc; elle est indurée à sa base, ne suppure point; elle apparut avec les boutons qu'il a actuellement sur le corps. C'est un chancre. En interrogeant ce malade, on apprend que ce chancre de la lèvre est survenu à la suite de caresses que le malade a pratiquées avec sa bouche. Quelques jours après ces attouchements insolites, il s'aperçut qu'il avait en cet endroit une petite écorchure; celle-ci a grandi peu à peu et a mis environ un mois à prendre le développement actuel; rien à la verge, rien à l'anus. Les ganglions cervicaux sont tuméfiés, surtout du côté de la lésion de la bouche. Plaques muqueuses du voile du palais, des amygdales. Chute des cheveux récente. Croûtes sur le cuir chevelu, papules disséminées sur la peau, ulcération sur le scrotum.

Apparition du rupia sur la face interne de la jambe droite et sur le bras droit de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Rupia nasal et ulcération de l'aile du nez.

Ces accidents tertiaires sont notés du 23 septembre, alors que le chancre existait encore en juillet.

III. — Accidents secondaires et gommés.

OBSERVATION VI (Inédite.)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur PETGES.)

Homme de 29 ans ayant présenté, au huitième mois de sa syphilis, des accidents secondaires et une gomme de la région claviculaire droite pendant son traitement par le sulfarsénol.

G... (R.), 29 ans, chauffeur, entre à l'Hôpital du Tondu le 9 avril 1930, salle A, lit n° 19, pour accidents secondaires de la syphilis.

Accidents primaires, chancre induré multiple (quatre) du sillon balano-préputial, il y a sept mois, traités par son médecin par 12 injections de novarsénobenzol assez bien supportées. Après cette première série ayant entraîné la cicatrisation rapide des chancres, on ne fait plus aucun traitement.

En mars 1930, il est soigné pour conjonctivite purulente dans le service de M. le Professeur Teulières, à Saint-André. Il présente en cours de traitement (collyres à l'atropine) une éruption généralisée de syphilides papulo-érosives et psoriasiformes prédominant aux membres inférieurs. Le malade est alors transféré dans le service de M. le Professeur Petges, au Tondu. En même temps, l'état général du malade baisse, albuminurie, anémie intense, fatigue marquée, amaigrissement, quelques vertiges.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans, assez sérieuse. En 1927, part au Tonkin, à Hanoi; il fait un épisode pulmonaire aigu étiqueté congestion pulmonaire et ayant laissé au malade une toux chronique. Il y a également des lésions oculaires (choroïdite) que l'on traite par des injections de cyanure de mercure intraveineuses. Quelques accès paludéens. Rentre des colonies fin septembre 1929. Antécédents éthyliques nets.

Examen de l'état général. — Très fatigué à son entrée à l'hôpital, le malade a vu s'améliorer progressivement son état, les lésions cutanées cédant assez rapidement au traitement par le cyanure de mercure intraveineux. Quelques jours après son entrée, il présente

une angine érythémateuse simple s'accompagnant d'adénopathie cervicale persistante.

Point de côté de la base droite avec frottements pleuraux disparaissant en quelques jours par révulsion. Toux légère. Auscultation des sommets : respiration rude du sommet droit avec quelques râles fins inspiratoires. Foie et rate, normaux. Pas de troubles digestifs, si ce n'est appétit très faible et constipation habituelle.

Le traitement au cyanure de mercure ayant entraîné des coliques violentes et durables, on a mis le malade au sulfarsénol, qu'il paraît supporter très bien.

En outre de l'adénopathie cervicale consécutive à l'angine déjà signalée, on note la présence de nombreux ganglions dans les régions inguino-crurales. Il existe également une adénopathie sus-épitrochléenne bilatérale.

Rien à signaler au point de vue du système nerveux, non plus qu'à l'auscultation du cœur. Pouls à 104.

Evolution. — Dans la première semaine de mai, le malade, dont l'état général s'était considérablement amélioré, qui avait vu disparaître ses phénomènes pulmonaires et ganglionnaires, constate l'apparition d'une tuméfaction indolente siégeant dans le creux sous-sternal du côté droit (près du sternum). Cette tuméfaction fait sous la peau une saillie de la grosseur d'une noix environ. La peau qui la recouvre et y adhère est d'un rouge vif. Dans les jours qui suivent la constatation de cette tumeur, une fistulisation spontanée se produit, il s'écoule un peu de pus séreux jaunâtre et il persiste une petite ulcération à bords arrondis, réguliers, à fond encombré par une sorte de bourbillon gommeux. La tumeur adhère à la clavicule, mais un stylet recourbé ne permet pas d'arriver en contact avec cet os.

Une radiographie est faite et montre l'existence de périostite type spécifique de la clavicule atteinte.

Le malade est alors mis au traitement mixte sulfarséno-muthanol par injections alternées. Il quitte, le 19 juin, l'hôpital dans un état apparent de bonne santé. Le traitement spécifique doit être continué au dispensaire.

23 juillet 1930 : Le malade est resté sans traitement depuis

sa sortie de l'hôpital. Actuellement, la gomme est ulcérée et en évolution.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le malade est traité régulièrement par le Bivato!, dont il a reçu 15 injections, du 13 août au 7 novembre. On commence, le 21 novembre 1930, une série de sulfarsénol sous-cutanée.

OBSERVATION VII (*In extenso*).

(GAUCHER et LACAPÈRE, *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1901, II, p. 636.)

Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis.

Le 12 juin 1901, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré, une malade atteinte de cécité presque complète avec exorbitis unilatéral. C'est une femme de 49 ans, qui, depuis vingt ans, exerce la profession de marchande ambulante à la suite des régiments.

La malade, interrogée avec soin, nie tout antécédent morbide, sauf une infection puerpérale remontant à une date éloignée. Elle a mis au monde 10 enfants, sur lesquels 3 restent vivants, les autres sont morts, un du croup, d'autres de convulsions, de méningite, nous dit-elle.

Enfin, elle a fait deux avortements en 1873 et 1877.

Les accidents actuels ont débuté, il y a sept mois, en novembre 1900. A cette époque, la malade reçut de violents coups de poing qui déterminèrent de l'enflure de la face et des bosses sanguines considérables du cuir chevelu. Celles-ci, indolores pendant quelques semaines, se mirent à augmenter de volume, occasionnant de violentes douleurs qui décidèrent la malade à consulter un médecin quatre mois et demi après le début des accidents. Le médecin conseilla des frictions à l'onguent napolitain sur les bosses du cuir chevelu, et il administra à l'intérieur des pilules dont la malade ne peut indiquer la nature.

A la suite de ce traitement, les bosses du cuir chevelu disparurent dans l'espace de quinze jours environ, mais une éruption de petits boutons rouges se montrait sur tout le corps, respectant sen-

lement la face, les extrémités, ne déterminant qu'un prurit tout à fait insignifiant et s'accompagnant d'érosion des muqueuses buccale et vaginale qui signalèrent leur présence par de vifs picotements.

Il y a quinze jours, c'est-à-dire deux mois et demi après le commencement du traitement, la vue s'affaiblissait rapidement, en même temps qu'apparaissaient du gonflement et des douleurs de l'œil gauche. En quelques jours, la cécité fut presque complète.

La malade s'adressa alors à un médecin militaire, lui décrivant l'éruption dont elle était atteinte. Ce médecin, après avoir pratiqué l'examen ophtalmoscopique, ordonna des frictions mercurielles quotidiennes et une potion d'iodure de potassium.

Quelques jours plus tard, la malade se décidait à entrer à l'hôpital.

Le jour de l'entrée dans notre service, l'aspect de la malade est le suivant :

La moitié gauche de la face est fortement œdématiée, les paupières gonflées déterminent l'occlusion complète de l'œil gauche. Si on écarte les paupières, la conjonctive se montre fortement congestionnée et il existe un chémosis très marqué. L'iris est très dilaté, et sa circonférence est légèrement irrégulière. Il y a une exophtalmie très nette.

À la palpation, le globe oculaire semble d'une consistance un peu moins ferme qu'à l'état normal.

L'œil est le siège de vives douleurs spontanées qui s'irradient vers l'arcade dentaire supérieure. La pression sur le globe éveille également de très vives douleurs.

L'œil droit ne présente ni gonflement ni conjonctivite et n'est pas douloureux, mais l'iris est fortement dilaté et la vue très affaiblie.

L'examen ophtalmoscopique montre le fond de l'œil normal, cependant les vaisseaux sont légèrement estompés et la papille est un peu œdématiée. Cet œdème de la papille et de la rétine est vraisemblablement dû à une compression gênant la circulation en retour. On note de plus un léger degré d'iritis avec une synéchie de la portion inférieure et interne de l'iris.

Il s'agit donc manifestement d'une tumeur orbitaire rétro-oculaire

comprimant les vaisseaux et les nerfs de l'œil, occasionnant de la congestion de la conjonctive, du chémosis, de l'œdème rétinien et de la mydriase et intéressant sous forme d'ophtalmie sympathique l'œil du côté opposé.

L'examen du corps permet de découvrir quelques rares papules jambonnées légèrement squameuses, vestiges d'une éruption secondaire d'une date récente. Aux grandes lèvres il existe des plaques muqueuses hypertrophiques, indéniable signature de la syphilis. La palpation des plis inguinaux montre l'existence d'une légère adénite bilatérale, mais toute trace de l'accident primitif a disparu et la malade n'a sur ce point aucun souvenir.

OBSERVATION VIII (*in extenso.*)

(EMERY et DRUELLE, *Archives générales de médecine*,
1903, II, p. 2440.)

Plaques muqueuses survenues dix ans après le début de la syphilis et coïncidant avec des syphilides gommeuses du cuir chevelu.

U... (C.), cocher, 30 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} août 1903.

Le malade a eu en 1893 un chancre syphilitique du fourreau de la verge, suivi, dans les délais classiques, de roséole et de plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Il se soigna peu au début de cette syphilis, et prit irrégulièrement, pendant quelques mois, des piqûres mercurielles. Au bout de quelque temps, les manifestations de la syphilis s'étant arrêtées, il cessa alors tout traitement. Il y a deux ans, poussée de syphilides gommeuses multiples des membres supérieurs et inférieurs, qui guérèrent assez lentement sous l'influence du traitement mixte.

Actuellement, une grande partie du cuir chevelu est couverte de croûtes épaisses, verdâtres, et stratifiées. Quand on les soulève, on met à découvert des ulcérations profondes, à bords taillés à pic et adhérents, à fond peu suppurant, présentant çà et là un aspect bourbillonneux. Il s'agit de syphilides gommeuses du cuir chevelu, dont le début remonte à deux mois environ.

Sur la face supérieure de la langue et la région rétro-commissurale des joues, existent des placards de leucoplasie.

Mais, d'autre part, on voit, en différents points de la cavité buccale, des plaques muqueuses absolument typiques. C'est ainsi qu'on trouve, au niveau des deux commissures labiales, des syphilides érosives recouvertes d'un léger enduit opalin; elles s'étendent sur les parties supérieure et inférieure de la commissure et empiètent légèrement sur la zone cutanée adjacente où elles sont croûteuses.

En plusieurs points des bords de la langue, on voit d'autres plaques muqueuses érosives, dont certaines sont fissuraires, et les autres arrondies.

Enfin, sur la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, existe une syphilide papulo-érosive, qui tranche nettement sur le reste de la région par sa surélévation et sa couleur rosée.

Les dents sont en très mauvais état. Le malade est grand fumeur et n'a jamais cessé l'usage du tabac depuis le début de sa syphilis.

OBSERVATION IX (*In extenso*).

(EMERY et DRUELLE, *Archives générales de médecine*, 1903, II, p. 2441.)

Plaques muqueuses survenues vingt ans après le début de la syphilis et coïncidant avec une gomme de la jambe et une glossite scléreuse.

J... (A.), 51 ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Du Castel, salle Cazenave, n° 21, le 10 juillet 1903.

Le malade a contracté la syphilis en 1883. A cette date, il eut un chancre de la verge, suivi, dans les délais classiques, de roséole et de plaques muqueuses dans la bouche, à l'anus et aux organes génitaux. Le traitement n'a été suivi qu'à de rares intermittences.

Depuis, cette syphilis a eu des poussées multiples pour lesquelles le malade a été soigné à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis : elles ont principalement consisté en lésions buccales et en syphilides ulcéreuses des jambes.

Actuellement, le malade entre à l'hôpital pour des lésions de la

jambe droite et de la bouche. La jambe droite est variqueuse. Sur ses 2/3 inférieurs, et principalement sur sa face interne, se voient des cicatrices multiples ayant tout à fait l'aspect des cicatrices consécutives aux syphilides ulcéro-gommeuses.

Elles sont pour la plupart régulièrement arrondies; certaines sont polycycliques; il en est de groupées en bouquet. A leur périphérie existe une pigmentation très marquée, tandis que le centre est d'une teinte beaucoup moins foncée. Ces cicatrices sont consécutives à des ulcérations qui ont guéri par le traitement spécifique.

A 2 centimètres au-dessus de la malléole interne, existe une ulcération grande comme une pièce de 5 francs, dont les caractères sont ceux d'une gomme syphilitique ulcérée; ses bords circulaires sont profondément taillés à pic et non décollés, son fond est bourbillonneux par places. Cette gomme a débuté il y a cinq ou six mois.

Il existe, de plus, sur cette jambe, des lésions de dermite variqueuse. Quelques cicatrices pigmentées sur la jambe gauche.

Dans la bouche, on trouve des lésions d'ordres divers. Depuis le début de sa syphilis, le malade a du reste présenté fréquemment des lésions de ce côté. Il fumait beaucoup autrefois : il a cessé il y a environ dix ans, mais, depuis, il chique quotidiennement. Les dents sont en très mauvais état, cariées pour la plupart : il existe de la gingivite généralisée.

On note une glossite tertiaire scléreuse de la variété profonde. La langue, qui est recouverte de plaques blanchâtres, d'aspect leucoplasique, est parcourue par de profonds sillons, qui la crevassent et la lobulent irrégulièrement.

D'autre part, au-dessus de la commissure buccale droite, existe une plaque muqueuse typique, située tout entière sur la face interne de la joue. Il s'agit d'une érosion ovale, allongée de haut en bas, mesurant 1 centimètre dans son grand diamètre. Son fond, rouge par endroits, est plus souvent recouvert d'un enduit opalin. Cette plaque muqueuse s'est développée depuis quinze jours.

Sur la face inférieure de la langue, non loin de la pointe, et à gauche, se voit une autre plaque muqueuse arrondie, érosive et opaline.

Sur le bord gauche de la langue on trouve une autre plaque de variété papulo-érosive : elle est plus petite que la précédente et a les dimensions d'une lentille.

OBSERVATION X (Résumée.)

(GOLESCEANO, *Archives internationales de laryngologie*, Paris, 1904, XVII, p. 547.)

Manifestation tertiaire précoce limitée autour du sinus frontal gauche et coïncidant avec des phénomènes secondaires.

Mme H..., âgée de 28 ans, couturière, se présenta le 23 octobre 1902, service de M. Trousseau, pour un larmoiement simple accompagné de douleurs fronto-orbitaires gauches. Ce larmoiement remontait à deux mois et les douleurs plus accusées au siège du sinus frontal gauche étaient très violentes, surtout depuis une huitaine de jours. La région, quoique légèrement pâteuse, n'était pas enflammée.

Rien à signaler dans les antécédents.

La malade disparaît jusqu'en mai 1903, date à laquelle elle se présente avec une voix enrouée depuis huit jours. Du côté de la bouche, plaques muqueuses sur la ligne amygdalienne gauche et la partie postérieure du pharynx, petit érythème sur l'épiglotte. Sur le front, la nuque, l'avant-bras, on trouve une éruption en groupe de papules de couleur jambon ne provoquant aucune démangeaison. La malade disparaît à nouveau et revint le 23 décembre 1903. Elle présente une iritis plastique grave de l'œil gauche et synéchie postérieure et inférieure, fond de l'œil inéclairable.

Du côté du sinus frontal, la lésion est complètement disparue, aucune trace d'empatement ni bosselure, pas de larmoiement, les douleurs si accentuées autrefois et ayant le caractère de prendre la tête en demi-casque, sont localisées à la queue du sourcil de l'œil gauche et dépendent de l'iritis.

La malade se soumet aux injections de biiodure quotidiennes et aux frictions mercurielles.

La vision augmente progressivement. Les symptômes du côté de l'iritis s'amendent.

Enfin, résolution complète de la gomme, les symptômes restant localisés exclusivement à l'œil.

La lésion du sinus frontal, pensons-nous, entre dans le cadre des symptômes précoces des manifestations tertiaires par ces névralgies localisées au sinus frontal intolérables, plus accusées vers la soirée. Enfin la tuméfaction de la région, sans aucune autre manifestation nasale, ne laisse pas ombre de doute. Cette gomme précédait les manifestations. Ce n'est que huit mois après le début de la lésion que des lésions secondaires du côté de la gorge et plus tard sur l'œil furent observées.

IV. — Accidents secondaires et artérite spécifique.

OBSERVATION XI (*In extenso*).

(*In thèse BOUSQUET, Montpellier, 1905.*)

Vieillard de 72 ans, présentant en même temps un chancre non cicatrisé, une éruption secondaire et de l'artérite cérébrale spécifique.

B..., âgé de 72 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le Professeur adjoint Rauzier, le 1^{er} avril 1905.

Antécédents personnels. — Il dit avoir eu un chancre en Afrique à l'âge de 25 ans, avec éruption sur la peau. Il a subi un traitement sur lequel il nous renseigne vaguement.

Maladie actuelle. — Il y a huit jours, en état d'ébriété, il est tombé du tramway et s'est fait des contusions légères au nez et au front. La chute n'aurait pas été précédée de vertige; après la chute, il est resté pendant quelques temps sans connaissance à l'hôpital Suburbain où on l'a transporté. Actuellement il se plaint d'une céphalalgie très intense portant sur le côté droit de la tête, côté qui n'a pas été atteint dans la chute; la céphalalgie est plus intense pendant la nuit et date déjà de quelques jours.

Bon appétit, pas de vomissements.

Rien d'anormal du côté de l'appareil urinaire. Aucun trouble de la vision, ni de l'audition, aucun trouble de la parole.

Examen. — Pas de cicatrices aux commissures, rien au voile du palais, ni sur la luvette, pas de ganglions cervicaux, petit ganglion sus-épitrochléen à gauche, rien aux tibias.

A la partie supérieure et interne de la cuisse gauche existe une ulcération grande comme une pièce de 5 francs, ayant une coloration de jambon fumé, avec bords déchiquetés et indurés. L'ulcération date de un mois; dans la région des aines, on observe des ganglions indurés plus volumineux à gauche.

Sur les organes génitaux, on ne trouve rien d'anormal. A l'examen du thorax, on découvre une éruption papulo-squameuse secondaire composée de papules siégeant en avant et en arrière, présentant quelques écailles épidermiques et ne s'effaçant pas à la pression.

Motilité. — Les réflexes sont exagérés des deux côtés, mais surtout au membre supérieur gauche; le réflexe rotulien est aussi beaucoup plus vif à gauche, le réflexe achilléen est aussi plus marqué de ce côté.

A la recherche du signe de Babinski, nous notons cependant l'immobilité de tous les orteils à gauche. Pas de trépidation épileptoïde.

Organes des sens. — Les pupilles se contractent bien à la lumière; la mobilité oculaire est normale, pas d'hémianopsie, pas de strabisme.

Rien à l'auscultation du thorax.

On indique à ce moment au malade un traitement mercuriel caco-dylé avec de l'iodure. Le malade sort.

Il rentre le 10 juin, il ne s'est pas encore traité. Son ulcération de la cuisse gauche est cicatrisée. Il ne se plaint plus de la tête.

Il a des ulcérations sur les lèvres et des papules exulcérées au pourtour de l'anus. Il déclare alors se soumettre au traitement par les piqûres.

Après quelques piqûres, le malade ressort pour reprendre son métier de marchand ambulant en ville.

Diagnostic. — L'ulcération que le malade présentait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche était un chancre syphilitique phagédénique avec de gros ganglions dans le voisinage de cet accident primitif. Les accidents secondaires sont survenus en même temps ou presque que le chancre et sont constitués par la céphalée, les syphilides papulo-squameuses, les ulcérations de la bouche, les papules ulcérées de l'anus.

De plus, la céphalée de nature spécifique siégeant à droite, tandis que nous trouvons à gauche de l'exagération des réflexes, il y a eu manifestement un début d'artérite syphilitique et par conséquent apparition ultra-précoce du tertiarsme. Nous affirmons donc avoir eu affaire à une syphilis maligne des vieillards avec tertiarsme précoce survenu quelques semaines après l'apparition du chancre phagédénique.

Le premier chancre que le malade a eu à l'âge de 25 ans était soit un chancre mou, soit un chancre induré, et nous serions alors en présence d'un cas de réinfection syphilitique. Malheureusement les réponses du malade ne sont pas assez précises pour affirmer la nature syphilitique du premier accident.

V. — Accidents secondaires et arthropathies.

OBSERVATION XII (Résumée).

(FOURNIER et CROUZON, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1902, XIII, p. 268.)

Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire.

N..., 24 ans, photographeur.

Accident primitif en décembre 1901.

Roséole quinze jours après, fin décembre, qui dure dix à quinze jours.

Vers le 20 janvier 1902, une deuxième éruption apparaît sur le tronc et sur les membres et en même temps qu'elle, des douleurs

dans les articulations. Le 5 mars, il entre à l'hôpital, accusant les mêmes phénomènes.

L'éruption est généralisée, occupe le front, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs; elle est plus accusée cependant à la partie inférieure du tronc et aux membres inférieurs. Elle se compose actuellement de macules que le malade dit avoir été légèrement saillantes. Leur coloration est jambonnée; leurs dimensions varient de celles d'une pièce de 10 sous à celles d'une pièce de 20 sous; un grand nombre sont ovalaires. Le malade ne présente aucune lésion des muqueuses.

Les douleurs articulaires, depuis un mois et demi, ont varié de siège : elles occupent les genoux, les coudes et les épaules tour à tour. Elles sont très légères et n'ont pas empêché le malade de vaquer à ses occupations; elles ne sont pas plus marquées la nuit que le jour.

On constate aujourd'hui qu'elles siègent dans les deux genoux; la palpation du genou y révèle la présence du choc rotulien très léger; il y a donc une petite quantité de liquide dans l'articulation.

Elles existent encore dans les deux épaules, surtout l'épaule droite. On trouve à ce niveau une saillie visible sur la partie antérieure du moignon de l'épaule, saillie qui se prolonge vers la face externe du bras. On constate une fluctuation profonde. Du côté gauche, on réveille à ce même point une légère douleur, mais il n'existe pas de tuméfaction.

Les autres articulations sont normales. Rien au cœur. Aucun antécédent rhumatismal.

VI. — Accidents secondaires et accidents tertiaires viscéraux.

OBSERVATION XIII (Résumée).

(FRANÇOIS-DAINVILLE et LANÇON, *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, 1927, p. 216.)

Homme de 29 ans, présentant à la fois des signes de tabes et des lésions secondaires de la peau.

Malade âgé de 29 ans, journalier, entre le 17 février 1927 dans

le service du Docteur François-Dainville à l'hôpital départemental de la Seine. Il présente à la fois des signes de tabes et des lésions syphilitiques secondaires de la peau.

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux ou collatéraux. Paludisme contracté en 1917.

Il contracte un chancre syphilitique en 1918, au Maroc, dont on note encore aujourd'hui une légère cicatrice sur le gland. Pilules de Ricord et sirop de Gibert. Aucun accident cutané, viscéral ou nerveux jusqu'en 1926 (pas signalé tout au moins). En juin 1926, de retour en France, il se plaint de céphalée violente, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, douleurs en ceinture trans-thoraciques; légère diminution de l'acuité visuelle. Il avait entre temps, en 1919, vécu avec une femme, morte actuellement, et de laquelle il avait eu un enfant mort en bas âge (deux mois) de convulsions. (?)

Fin juin 1926, il entre dans le service du Docteur Milian, où l'on porte le diagnostic de tabes précoce. Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Traité par 12 Quimby, le novarsénobenzol ayant dû être abandonné à la suite de crises nitritoïdes. Il sort un mois après son entrée contre avis médical.

Il reste alors sans traitement jusqu'en octobre 1926, où il consulte à l'Institut prophylactique. Les réactions sérologiques sont positives à nouveau. Le novarsénobenzol doit être encore abandonné : il reçoit 4 Quimby.

Le 25 novembre 1926, cessation de tout traitement et entrée à Nanterre le 17 février 1927. A ce moment, il présente une éruption généralisée papulo-croûteuse, occupant le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, le gland lui-même, mais respectant la face.

Cette éruption est constituée de petites papules lenticulaires de quelques millimètres de diamètre, à contours réguliers, arrondis, entourées d'une petite zone rouge périphérique, recouverte d'une croûte brunâtre adhérente. Dans ces éléments on a pu trouver des tréponèmes.

Un examen complet du sujet nous a montré en outre des signes manifestes de tabes : céphalée, troubles de la vue, douleurs ful-

gurantes, réflexes tendineux rotuliens et achilléens abolis, ainsi que ceux du membre supérieur. Gros troubles de la sensibilité superficielle et profonde avec bandes d'anesthésie à la face interne de la cuisse et externe de la jambe, abolition de la sensibilité de la face plantaire.

Leucoplasie buccale. Clangor du deuxième bruit au foyer aortique.
Examens sérologiques : Le 22 février 1927, ponction lombaire.

Pression à l'appareil de Claude, 31/15;

Albumine, 0,10;

Lymphocytes, 0,4;

Vernes, 0.

Sang : Vernes, 0.

Examen des yeux : Pupilles inégales, ne réagissant plus à la lumière (d'Argyll).

Le 9 mars 1927, Sang :

Vernes, 0;

Hecht, 0;

Bordet-Wassermann, 0.

Le malade vit maritalement depuis deux ans avec une femme de 24 ans qui, il y a huit mois, a présenté des plaques muqueuses pour lesquelles elle a été soignée à Saint-Lazare pendant six semaines par des injections de Novarsénobenzol et de Quimby. Elle est encore actuellement en traitement à l'Institut prophylactique.

A propos de ce malade, M. Clément-Simon cite l'observation d'un malade jeune, qui présentait, en même temps qu'une abolition des réflexes patellaires et achilléens et un signe d'Argyll, une éruption de syphilides papuleuses secondaires généralisées et des plaques muqueuses.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(MESTCHERSKY, *Annales de dermatologie et syphiligraphie*,
1922, p. 269.)

Phénomènes secondaires syphilitiques observés sur un paralytique général.

M. P..., 30 ans, employé de banque, vient consulter, à l'au-

tomne 1913, pour une séro-réaction positive persévérante accompagnée de malaise général et de maigreur.

Syphilis contractée en 1911. Traitement précoce et intermittent pendant trois ans. Depuis 1914, jusqu'au 15 janvier 1918, date à laquelle le malade vient consulter, on relève une anémie très prononcée, un amaigrissement apparent et un état hypocondriaque avec exagération de tous les réflexes. Le 18 janvier, réaction de Bordet-Wassermann positive + + + +.

En août 1917, un accès d'excitation qui obligea le malade à entrer dans une infirmerie de psychiatrie, fit porter le diagnostic de paralysie générale. Au bout de quelques mois, bonne rémission, mais vers la fin de l'année 1917, le malade commence à manifester quelques signes de déchéance physique.

Le 15 janvier 1918, le malade présente « quelques manifestations d'irascibilité et d'étourderie causant le désarroi dans sa famille ». Compréhension juste de son état; réflexes exagérés : diction peu distincte, pupilles un peu rétrécies, leur réaction à la lumière diminuée; tremblement de la langue bien accusé.

Quelques jours avant cette date, le malade vint consulter pour une « lésion dans la bouche ». On constate sur le côté interne de sa lèvre inférieure, ainsi que sur le bord droit de la langue, principalement dans sa moitié antérieure, 5 à 6 plaques opalines typiques ayant quelques tendances à une disposition annulaire. C'étaient des taches relativement petites, d'une forme régulière, tantôt circulaires, tantôt un peu elliptiques, à surface tout à fait plane et blanchâtre, formant un contour tranchant d'une façon très nette sur les parties voisines, ne causant ni sensations douloureuses ni réaction inflammatoire périphérique.

Leurs contours étaient réguliers sans former de saillie, leur surface humide et uniformément étalée n'ayant aucune tendance à produire des aspérités ou des granulations.

Le traitement fut continué à l'aide du biiodure. Tout a disparu, seule la paralysie générale continue. Le malade mourut en 1919.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Une explication toute naturelle, et qui vient tout d'abord à l'esprit, pour nous faire comprendre les faits que nous avons exposés, est de penser que le malade en puissance de syphilis réagit envers elle comme il réagirait vis-à-vis d'une infection quelconque.

Devant cette infection, il se présente avec ses tares, son hérédité, et tel de ses organes en état d'infériorité sera tout désigné pour en subir les plus rudes assauts. Et par le fait même que l'infection s'acharnera sur cet organe plutôt que sur un autre, la maladie prendra une forme particulière.

« Chacun fait sa syphilis suivant sa santé habituelle, son tempérament, ses habitudes, sa prédisposition héréditaire ou acquise, son hygiène, son milieu, ses tares morbides et aussi suivant la façon dont on la traite. »

Cette phrase du Professeur Fournier fait comprendre à merveille les manières diverses dont se comporte la syphilis vis-à-vis de ceux qu'elle atteint, en même temps qu'elle résume les différents facteurs étiologiques des symptômes qui s'observent au cours de son évolution.

Mais cela n'explique pas tout.

Pourquoi celui-ci fera-t-il une syphilis bénigne, alors que celui-là, traité de la même façon et avec la même intensité, présentera de graves accidents?

Nous ne faisons qu'indiquer la question, trop générale pour que nous cherchions à y répondre. Nous avons remarqué d'ailleurs, parmi tout ce que nous avons pu lire se rapportant au

sujet, que les auteurs se contentent de rapporter les faits, de faire remarquer combien cela est loin de la classification de Ricord, mais ne donnent aucune explication, sans doute parce qu'il n'y en a pas, qu'il ne peut pas y en avoir dans la limite de nos connaissances actuelles.

Nous allons donc essayer, en nous aidant du choix d'observations qui précède, de voir quels facteurs peuvent influencer, si peu que ce soit, la marche de la syphilis et la faire s'écarter de son cours normal.

Tout d'abord, il est des causes imputables à la maladie exclusivement. Il est des syphilis qui naissent et restent bénignes, même médiocrement et imparfaitement traitées. Et inversement, il en est d'autres qui sont d'essence de mauvaises syphilis. Écoutons Fournier :

« Bien que mystérieuses et indéfinissables jusqu'ici, les causes de ce genre n'en sont pas moins réelles, authentiques, indéniables, et nous ne les constatons que trop de par leurs résultats... A preuve celles qui, sous le nom de syphilis malignes précoces, naissent tertiaires d'emblée. Qu'est-ce qui constitue la gravité, la malignité de telles syphilis? On ne saurait le dire; mais bien qu'inexpliqué, le fait n'en est pas moins constant, avéré, authentique. »

Mais si, dans certains cas, seule la qualité de la syphilis peut être mise en cause, il en est beaucoup d'autres, et ce sont les plus nombreux, où nous sommes en droit de rechercher l'existence d'autres facteurs.

Nous dirons quelques mots des conditions d'âge. Dans les observations qui précèdent, on pourra en relever certaines ayant trait à des vieillards. Il est bien établi maintenant que la syphilis contractée à un âge avancé est très souvent grave. C'est chez le vieillard que nous verrons la maladie se développer avec une malignité, une perniciosité telle qu'elle peut devenir mortelle à échéance étonnamment courte. Rien d'étonnant alors à ce que nous trouvions chez le vieillard la coexistence des accidents secondaires et des accidents tertiaires.

Il ne faudrait pas en conclure, toutefois, que seul le vieil-

lard est susceptible de présenter cette coexistence. Un rapide coup d'œil sur les observations IV, VI, XII, par exemple, nous convaincra du contraire.

Point n'est besoin non plus que la syphilis soit ancienne. On peut observer cette coexistence chez des malades ayant contracté la syphilis depuis quelques mois à peine (obs. IV, V, VI, XII), de même que chez des malades dont l'accident primitif remonte à dix, vingt ans et plus (obs. VII, VIII, IX, XI, XIII).

Des conditions défectueuses de santé, de constitution native, de tempérament, peuvent aussi être incriminées. Ricord ne disait-il pas : « Il fait bon se bien porter quand on a la syphilis. » Toutefois, nous ne nous arrêterons pas sur cette dernière cause, car nous ne croyons pas qu'elle ait une grande valeur, étant donné que nous avons pu observer les lésions qui nous intéressent aussi bien sur des sujets paraissant jouir d'une bonne santé que sur les autres. Si nous l'avons signalée, c'est que, dans une de nos observations inédites (obs. VI), le malade était en mauvaise condition physique, surtout en ce qui concernait l'appareil respiratoire.

En continuant la revue de nos observations, nous voyons que nous pouvons faire une place à part à l'alcoolisme. En effet, le malade dont nous parlions plus haut présentait des signes certains d'éthylisme. Cette nocivité de l'alcoolisme est connue. Fournier en faisait le réalisateur fréquent des syphilis malignes précoces, le mettait à l'origine, bien souvent, de ces syphilis qu'il appelle « forme à jeu continu », « dans laquelle la maladie, toujours en action, ne cesse, pendant de longues années, de se traduire par des poussées multiples, poussées récidivant à satiété et simplement entrecoupées par de courtes accalmies ».

Le paludisme, lui aussi, pourrait être incriminé, et il l'avait été par Fournier. D'ailleurs, nous avons vu qu'un de nos malades avait eu des accès paludéens.

Nous pouvons citer aussi le groupe complexe des influences dépressives. Tout ce qui affaiblit l'organisme le met en état

d'infériorité pour la lutte contre la maladie; les conditions défectueuses d'hygiène, les privations, la malpropreté, la misère, les maladies antérieures ou actuelles, les influences d'ordre moral, les surmenages (physique, intellectuel, vénérien).

Il est de toute évidence que toutes ces causes, ou une partie d'elles, peuvent s'associer chez un individu, et il va de soi que cela ajoutera à la gravité de la maladie.

Nous venons de voir les influences d'ordre général. Il nous faut dire un mot maintenant des influences d'ordre local.

Parmi celles-ci, et pour le sujet qui nous intéresse, le prototype est le tabac, en raison de son action irritante sur la muqueuse buccale. Dans les observations que nous avons recueillies, il en est deux (obs. VIII et IX) où nous voyons la coexistence de plaques muqueuses secondaires et de placards de leucoplasie. Pour toutes deux, il est signalé que les malades étaient grands fumeurs. Il semble donc que le tabac ait une influence sur le cours de la maladie. D'ailleurs, de vieille date, Ricord l'avait signalé.

Le traumatisme, lui aussi, peut servir d'origine à des explosions tertiaires les plus diverses, et au moment où le malade présente des lésions secondaires. Témoin l'observation VII.

Nous en arrivons enfin à un facteur important, pour ne pas dire le plus important : à l'influence du traitement.

Parmi toutes les observations que nous avons pu lire, parmi celles que nous rapportons, rares sont les malades qui ont été sérieusement traités. Les deux malades qu'il nous a été donné personnellement d'observer n'ont ni l'un ni l'autre suivi de traitement rigoureux. Or la syphilis n'est pas une maladie qui se traite par le mépris.

Mais si un traitement mal suivi est une raison suffisante pour amener des accidents tels que ceux que nous relatons, il nous faut bien dire aussi, puisque, parmi les cas que nous citons, il en est que nous sommes allé chercher assez loin dans le temps, que l'on peut parfois incriminer le médicament. Car, sans doute, ce tableau sombre, mais exact il y a

encore quelques années, lorsque l'arsenal thérapeutique se bornait au mercure et à l'iodure de potassium; s'est singulièrement éclairci et modifié depuis l'introduction des arsénobenzols dans le traitement de la syphilis et l'on pourrait presque dire qu'aujourd'hui, et grâce à la thérapeutique arsenicale, les cas tels que ceux que nous avons rapportés sont devenus la rareté même.

Nous devons toutefois à la vérité de dire qu'il semble que les traitements arsénobenzoliques aient, dans quelques cas, vieilli plus rapidement la syphilis et favorisé l'apparition précoce d'accidents à type tertiaire. Ce sont d'ailleurs ces accidents d'arséno-résistance qui nous ont permis de faire la transition entre la syphilis secondaire et la coexistence des syphilis secondaire et tertiaire.

La syphilis secondaire peut être considérée comme la période septicémique de la maladie, et la période tertiaire comme une reviviscence locale de tréponèmes s'accompagnant de phénomènes d'endartérite artériolaire. Est-ce que la coexistence des deux lésions ne pourrait pas être imputée à la perte de l'immunité générale, locale ou tissulaire? Le plus souvent, la réaction de Bordet-Wassermann est négative au cours des syphilis malignes précoces, de même qu'au cours de certaines syphilis florides qui marchent rapidement. La syphilis semblerait agir, comme la tuberculose, par poussées septicémiques évoluant de temps en temps. La roséole de retour en est un exemple.

Avant de clore ce chapitre, il nous faut dire un mot d'une question qui peut se poser à propos de notre sujet et qui met en cause l'unicité ou la dualité du virus syphilitique. Certes nous ne prendrons pas position dans ce grave débat. Nous nous contenterons de signaler cette hypothèse, en l'appuyant sur le cas de superinfection que l'on peut supposer chez notre malade de l'observation XIII. On est en droit de se demander si ce malade, dont le tabes pourrait être dû à une syphilis à virus neurotrope, n'aurait pas pu être contagionné par la femme avec laquelle il vivait depuis deux ans, et qui était manifestement

atteinte de syphilis récente (plaques muqueuses de la bouche), et cette fois par le virus dermatrope. Ces faits sont troublants. Mais nous ne pouvons que laisser à l'avenir le soin, peut-être, d'élucider cette question.

Nous voyons donc que si l'on a observé nettement, et sans qu'il soit possible d'en douter, la coexistence des syphilis secondaire et tertiaire chez le même malade, nous ne pouvons encore rien affirmer en ce qui concerne leur étiologie et leur pathogénie. Il est certain que l'on rencontre plus spécialement des cas semblables chez des sujets dont l'organisme est en moindre état de résistance pour quelque raison que ce soit. Le traitement, surtout, est un facteur important, soit par son inexistence ou son irrégularité, soit par ses phénomènes d'arséno-résistance. Enfin, et ce pour notre observation XIII, peut-être peut-on mettre en cause la question de l'unicité ou de la dualité du virus spécifique.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Nous ne nous étendrons pas sur le chapitre du pronostic.

Toute syphilis, si elle n'est pas traitée, comporte souvent un pronostic grave. Ce pronostic peut être aggravé en raison du mauvais état général du malade. Cependant, il dépend en grande partie du traitement. Si ce dernier est suivi avec régularité, s'il est bien toléré, la coexistence des syphilis secondaire et tertiaire peut ne pas être une aggravation, et la maladie rétrocéder.

Un facteur important du pronostic est aussi la localisation des lésions. Il est évident que si les accidents, aussi bien secondaires que tertiaires, sont cutanés, il n'y a pas lieu de s'alarmer. Que le malade soit traité sérieusement, et il est fort probable que tout rentrera dans l'ordre. Mais si nous avons des lésions tertiaires viscérales, le pronostic sera ce qu'il est pour toutes les syphilis viscérales, c'est-à-dire grave.

Enfin, sans nous en exagérer toutefois les conséquences, il convient de faire une réserve en ce qui concerne non plus le malade lui-même, mais son entourage. Si, le plus souvent, le médecin, et principalement lorsqu'il s'agit d'un syphilitique en période tertiaire, voit et diagnostique un accident secondaire concomitant, il peut se trouver des cas où, par suite de la discrétion des symptômes ou de leur localisation en des points cachés, il ne peut pas le faire. Dès lors, ce malade, syphilitique ancien, porteur d'accidents secondaires particulièrement tardifs, devient un danger pour ceux qui l'entourent. C'est là, croyons-nous, un côté du pronostic qui mérite d'attirer l'attention. Mais de tels faits demeurent cependant exceptionnels.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

On ne peut certes parler de coexistence entre les syphilis secondaire et tertiaire que si les lésions, tant secondaires que tertiaires, sont vraiment typiques. Nous n'avons pas à faire ici le diagnostic des syphilis secondaire et tertiaire. Nous nous permettrons seulement d'attirer l'attention sur quelques points.

Les cas que nous relatons sont très rares. Si un accident tertiaire survenant en même temps que des accidents secondaires, en période secondaire, a quelques chances d'attirer l'attention, il n'en est peut-être pas de même d'un accident secondaire survenant en même temps qu'un accident tertiaire, à une époque souvent fort éloignée du début de la syphilis. Le malade a fait sa syphilis secondaire en son temps. Après une période de latence, il fait sa syphilis tertiaire. Comment s'attendre, la lésion tertiaire étant en activité, à un retour des lésions secondaires? Aussi faudra-t-il faire le diagnostic différentiel avec le plus grand soin. Il ne faudra pas prendre une roséole pour un pityriasis rosé de Gibert et rechercher avec soin le médaillon principal.

Si l'on a affaire à des plaques muqueuses, il faudra exclure, par exemple, la lésion leucoplasique par l'absence du liséré rouge lilas sur les lésions environnantes; l'aphte par l'absence autour des taches d'un halo rouge foncé, d'un enduit jaunâtre et luisant, d'une excavation, de sensations pénibles et douloureuses; l'hydroa par l'étendue des éléments éruptifs, l'absence de petites érosions superficielles, d'une collerette péri-

phérique blanchâtre et flottante, et tenir compte aussi du développement, insensible ou non, aphlegmasique ou non.

En un mot, ne pas se laisser influencer par l'âge de la syphilis et des accidents antérieurs, pas plus que par la réaction de Bordet-Wassermann, qui, comme nous l'avons vu dans l'observation XIII, peut être négative, et ne repousser le diagnostic de coexistence de lésions secondaires et tertiaires qu'après avoir bien vérifié le diagnostic qu'on lui aura préféré.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il faut mettre en œuvre le traitement ordinaire de la syphilis, mais il ne faut pas perdre de vue que :

D'abord, dans les cas de coexistence, on a affaire le plus souvent à des syphilis qui brûlent les étapes et qui, atteignant des sujets débilités, anémiés, tarés parfois, trouvent un organisme qui se défend mal. Il faudra frapper fort, faire comprendre au malade l'intérêt majeur qu'il y a pour lui à suivre un traitement régulièrement et s'adresser aux agents thérapeutiques les plus énergiques.

Ensuite, se rappeler que ces syphilis sont des syphilis rebelles, que les malades, pour la plupart, ont présenté des incompatibilités à certains médicaments, arsenic, mercure, ou autres. Il faudra donc tâter leur susceptibilité, les suivre consciencieusement, changer le traitement à la moindre alerte, le varier fréquemment.

Traitement énergique, régulier, varié si besoin est, voilà, croyons-nous, les idées essentielles qui doivent commander la thérapeutique de ces cas.

CONCLUSIONS

I. — L'évolution de la syphilis a été divisée en trois périodes répondant aux divers accidents de la maladie. La clinique confirme le plus souvent cette division. Mais il est des cas où les diverses périodes empiètent l'une sur l'autre : syphilis primaire et secondaire, syphilis secondaire et tertiaire.

II. — Les manifestations à la fois secondaires et tertiaires peuvent être précoces, et survenir deux à trois mois après le chancre, ou être tardives (vingt, trente ans après).

III. — Toutes les causes locales ou générales qui diminuent la résistance de l'organisme sont susceptibles de provoquer cette coexistence, de même que l'intolérance à certains médicaments ou les traitements insuffisants.

IV. — Leur pathogénie est obscure. Superinfection? Perte de l'immunité générale, locale ou tissulaire? Septicémie à poussées multiples? Influence du médicament qui, parfois, semble activer la maladie? Autant de causes qui peuvent être invoquées, selon les cas.

V. — Leur pronostic, leur diagnostic et leur traitement sont ceux de toute syphilis, sous quelque forme qu'elle évolue, à condition d'exercer une surveillance active. Les accidents secondaires tardifs risquent souvent d'être méconnus.

VI. — Il n'y a donc pas de démarcation bien tranchée entre les périodes de la syphilis, surtout entre les périodes secondaire et tertiaire. Si la division en ces diverses périodes doit être conservée au point de vue didactique, il vaut mieux en clinique dire : accidents à type secondaire, accidents à type tertiaire.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 9 décembre 1930.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBE. — Leucoplasie syphilitique secondaire. *Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1898.
- BESNIER. — Un cas de syphilis secondaire anormale et maligne mutilante, forme ulcéranse gangréneuse. Remarques thérapeutiques. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1892.
- BOUSQUET. — Contribution à l'étude du tertiarsme précoce dans la syphilis contractée à un âge avancé. Thèse de Montpellier, 1905.
- DANLOS. — Syphilis secondaire avec leucoplasie, épilepsie jacksonnienne et diabète sucré. *Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1901.
- DEMARQUAY. — *Gaz. des hôp.*, 1857.
- DUFOUR et BRELET. — Syphilides papuleuses des avant-bras chez un paralytique général. *Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1905.
- DUHOT. — Un cas de glossite syphilitique parenchymateuse apparue à la période secondaire. *Presse médicale belge*, Bruxelles, 1906.
- EMERY et DRUELLE. — Plaques muqueuses survenues dix et vingt ans après le début de la syphilis et coïncidant avec des accidents tertiaires. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1903.
- FINGER. — De la coïncidence des accidents secondaires et tertiaires de la syphilis. *Wien. Mediz. Wochensch.*, 1882.
- FONCART. — *Gaz. des hôp.*, 1845.
- FRANCFORT. — La syphilis secondaire à manifestations cutanées ulcéreuses précoces. Thèse de Nancy, 1921.
- FRANÇOIS-DAINVILLE et LANÇON. — Coexistence, chez un même

malade, de tabes et de syphilides cutanées secondaires avec réactions sérologiques négatives. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 1927.

FOURNIER. — Le tertiariisme précoce. *Gaz. méd. de Paris*, 1893.

Traité de la syphilis, t. I et II. Paris, Vigot, 1906.

— La syphilis secondaire tardive. Paris, Vigot, 1911.

FOURNIER et CROUZON. — Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire. *Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1902.

GALLET. — Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours des périodes secondaires et secundo-tertiaires de la syphilis. Thèse de Paris, 1899.

GAUCHER et BABONNEIX. — *Ann. des mal. vénér.*, 1903.

GAUCHER et LACAPÈRE. — Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis. *Ann. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1904.

GIBAUT. — La roséole secondaire tardive et l'érythème circiné tertiaire de la syphilis. Thèse de Nancy, 1910.

GOLESCEANO. — Manifestation tertiaire précoce limitée autour du sinus frontal gauche. Intversion de l'évolution clinique de la spécificité. *Arch. internat. de laryngol.*, Paris, 1904.

GRORICHARD. — Contribution à l'étude des hémiplegies précoces dans la période secondaire de la syphilis. Thèse de Paris, 1899.

HEYFELDER. — *Oesterr. Zeitsch. für Prakt., Heilkunde*, 1858.

KROWCZYNSKY. — *Vierteljahrsch. für Dermat. und Syphil.*, 1880.

MANDELBAUM. — *Vierteljahrsch. für Dermat. und Syphil.*, 1872.

MESTCHERSKY. — Sur un cas de phénomènes secondaires syphilitiques observés sur un paralytique général. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1922.

MORHARDT. — Réinfection, surinfection, et allergie dans la syphilis (*Presse médicale*, 13 mars 1929).

NICOLAS. — Syphilis secondaire maligne et tertiaire précoce; doigts hippocratiques. *Lyon médical*, 1907.

— Formes cliniques et évolution de la syphilis secondaire. Enchevêtrement des manifestations secondaires et tertiaires. Nouveau traité de médecine de Roger Widai et Teissier, Paris, Masson, 1925.

RATHUREAU. — La syphilis déclassée ou tardive, syphilis secondaire tardive. Thèse de Paris, 1910.

SÉRIEUX et FARNARIER. — *Rev. de méd.*, 1900.

SÉVRIGNY. — *Ann. médico-psychologiques*, 1900.

SIMON. — Syphilis de l'adulte. Traité de pathologie médicale de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Paris, Maloine, 1923.

SPILMANN et ETIENNE. — Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis. *Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1896.

SPILMANN et PERRIN. — *Rev. méd. de l'Est*, 1906.

TARASSEVITCH. — Contagiosité syphilitique tardive. Contagiosité tertiaire. Thèse de Paris, 1897.

